



Seguridad del paciente y del profesional de enfermería en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH)

Revisión Narrativa

GRADO DE ENFERMERÍA

Curso académico 2018-19

Trabajo Fin de Grado

Alumna: María Aguado Arellano

Tutor: Óscar Castedo Martínez

Quiero agradecer en primer lugar a mi tutor, Óscar, por su profesionalidad, interés y disponibilidad en estos últimos meses de trabajo intenso en el trabajo de fin de grado. Sin duda, puedo decir que haber trabajado con él ha sido el broche final a estos cuatro años de grado.

También quiero agradecer a cada uno de los profesionales que han sabido darme respuesta a cualquier duda o cuestión que les haya preguntado, mostrando su entera disposición y ayuda.

A sí mismo, a mis amigas de la infancia (Yolanda, Alicia y Cristina) y a mis amigas del grado (María, Mónica, Carolina, Almudena, Clara, Blanca y Miren), por su apoyo incondicional y por todo lo aprendido y vivido con cada una de ellas. Es un placer poder tener a todas ellas de mi lado.

Por último, agradecer a mi familia, mis padres, mi hermana y mi pareja, pues ellos más que nadie han sabido estar en todo momento y sobre todo en la recta final de esta etapa que termina. Ellos han sido el apoyo que he necesitado en estos últimos cuatro años, y el pilar fundamental de mi vida.

Índice de abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud

SUH: servicio de urgencias hospitalaria

DE: departamento de emergencias

SB: Síndrome de Burnout

CE: cansancio emocional

DP: despersonalización

FRP: falta de realización personal

CISP: Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

a.C: antes de Cristo

IOM: Institute of Medicine

EEUU: Estados Unidos

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

NQF: National Quality Forum

NPSA: National Patient Safety Agency

CPSI: Canadian Safety Institute

AENOR: Asociación Española de Normalización y Certificación

UNE: una norma española

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SERMAS: servicio madrileño de salud

MeSH: Medical Subject Headings

DeCS: descriptores en ciencias de la salud

EA: evento adverso

HSPSC: Hospital Survey on Patient Safety Culture

MBI: inventario de agotamiento de Maslach

EFQM: European Foundation for Quality Management

ENEAS: Estudio Nacional de Efectos Adversos

APEAS: Estudio sobre los Efectos Adversos en Atención Primaria

EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles

SYREC: Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

SIAUF: Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

ORRS: Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios

CO: Comité Operativo de seguridad del paciente

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

EPA: Enfermería de Práctica Avanzada

Índice

1. Resumen /Abstract	5
2. Introducción	7
2.1 Servicio de Urgencias hospitalarias	8
2.2 Conceptos	10
2.2 Historia	11
2.4 Marco legal	13
2.5 Justificación	14
3. Objetivos	15
4. Metodología	16
5. Resultados	20
5.1 Frecuencia de errores/ eventos adversos (EA) y sus causas	20
5.2 Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería: sintomatología, prevalencia y factores de riesgo	23
5.3 Estrategias de seguridad del paciente y del profesional de enfermería	27
6. Discusión	34
7. Conclusión	38
8. Bibliografía	40
9. Anexos

1. Resumen

Introducción: La seguridad es un componente primordial de la calidad asistencial y el requisito para realizar cualquier actividad clínica. Hoy en día y a pesar de las constantes mejoras en seguridad, hay porcentajes alarmantes de EA derivados de la asistencia clínica. El informe *To err is Human: Building a Safer Health System*, marca un antes y un después en un aspecto como es la seguridad de los procedimientos médicos y los errores derivados de la asistencia clínica, sus costes y consecuencias sobre la seguridad del paciente.

Objetivos: El objetivo del trabajo ha sido conocer mediante una revisión narrativa la situación actual en relación con la seguridad del paciente desde la perspectiva de las instituciones y el profesional de enfermería.

Material y métodos: Revisión narrativa mediante la búsqueda de bibliografía en diferentes bases de datos: PubMed, Cuiden, Cinahl, Enferteca, Google Scholar, y en páginas webs oficiales sobre la seguridad del paciente y del profesional de enfermería en el servicio de urgencias.

Resultados y discusión: El servicio de urgencias por su naturaleza en cuanto a complejidad, rapidez y presión, es un entorno donde el riesgo de cometer EA es mayor. Si a ello se suma el aumento de la carga laboral como consecuencia de la escasez de profesionales, la saturación de los servicios que conducen a descontrol y desorganización y la falta de reconocimiento laboral, los profesionales de enfermería desarrollan estrés, que a la larga puede producirle un cierto agotamiento, y desarrollar el Síndrome de Burnout. Hay establecidas unas estrategias de seguridad del paciente, pero escaso es el esfuerzo realizado en cuanto a investigación y prevención del SB con la consiguiente implantación de estrategias.

Conclusiones: Es importante velar por la seguridad del paciente, pero más importante es, velar por la seguridad de aquellos profesionales que se dedican a la asistencia de esos pacientes y por tanto de su seguridad. Como profesionales de enfermería debemos cuidar nuestra profesión, empezando por un adecuado autocuidado. Sólo así se podrá brindar una atención segura y de calidad.

Palabras clave: Seguridad del paciente, profesional de enfermería, urgencias, Síndrome de Burnout.

Abstract

Introduction: Safety is a fundamental component of the quality of care and the requirement to perform any clinical activity. Nowadays, in spite of the constant improvements in safety, there are alarming percentages of adverse events (AEs) derived from clinical assistance. The report *To err is Human: Building a Safer Health System*, marks a milestone in different aspects, such as: the safety of medical procedures and the errors derived from clinical care, its costs and consequences on patient safety.

Objectives: The objective of the work is to know, through a narrative review, the current situation in relation to patient safety from the institutions and nursing professional's perspective.

Material and methods: Narrative review through the search of bibliography in different databases: PubMed, Cuiden, Cinahl, Enferteca, Google Scholar, and official websites about patient safety and nursing professionals in the emergency department.

Results and discussion: The emergency service by its nature in terms of complexity, speed and pressure, is an environment where the risk of committing AD is greater. If we add to this the increase in the workload as a result of the shortage of professionals, the saturation of the services that lead to lack of control and disorganization and the lack of work recognition, the nursing professionals develop stress, which in the long run can produce a certain exhaustion, and develop the Burnout Syndrome. Patient safety strategies have been established, but little effort has been made in terms of research and prevention of SB with the consequent implementation of strategies.

Conclusions: It is important to ensure patient safety, but is more important to ensure the safety of the professionals. As nursing professionals, we must take care of our profession, starting with proper self-care. This is the only way to provide patients with a safety and quality attention.

Keywords: Patient safety, nursing professional, emergency, Burnout syndrome.

2. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que todas aquellas intervenciones que se llevan a cabo en la atención de salud tienen como objetivo un beneficio para el paciente, pero el uso combinado y complejo de procesos, tecnologías e interacciones humanas llevados a cabo, pueden también conllevar un riesgo inevitable de que se den efectos adversos y desgraciadamente con demasiada frecuencia. La OMS establece que, a nivel mundial, cada año, se producen decenas de millones de lesiones que producen alguna discapacidad o muerte a consecuencia de una práctica o atención insegura (1)(2).

La seguridad, entendida como el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente primordial de la calidad asistencial y el requisito para realizar cualquier actividad clínica. La seguridad asistencial se fundamenta en dos teorías ambas relacionadas:

- **La teoría del error de Reason**, en la cual se establece que el ser humano es falible, y aun con los esfuerzos llevados a cabo para evitarlos, estos seguirán produciéndose. De manera que habrá que volver a diseñar los procesos, para que estos sean resistentes a la producción de errores, y establecer estrategias para la detección precoz de estos.
- **La cultura de seguridad**: cultura en la que hay un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por ello, también con el uso de prácticas y estándares mejorados, que cuentan con un clima de seguridad abierto y confianza, dónde los errores suponen un camino de aprendizaje (3).

Una de las aspiraciones de la humanidad es la de desarrollarse en condiciones seguras. Abraham Maslow sitúa la seguridad en su pirámide de jerarquización de necesidades en el segundo escalón, una vez que las necesidades fisiológicas se han cubierto de manera satisfactoria; y siendo la necesidad de seguridad más fuerte que la necesidad de amor. Son necesidades de seguridad la protección, el orden, la estabilidad, unos límites, la seguridad física, de empleo, familiar, de salud, entre otras. Todas ellas con el fin de evitar o neutralizar aquellas situaciones que conduzcan a un peligro.

2.1 Servicio de Urgencias hospitalarias

Según las OMS, la urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Por otra parte, la emergencia la define como toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano, ósea que es una situación crítica de riesgo vital inminente, en la que la vida pueda estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

El Servicio de Urgencias hospitalarias (SUH) se define como la organización de profesionales sanitarios que se encuentra en un área específica del hospital que ofrecen una asistencia multidisciplinar, cumpliendo con unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas a la hora de atender en situaciones de urgencias y emergencias(4).

Este servicio es un entorno con bastante complejidad y con una gran carga asistencial, donde es más propenso cometer errores. Hay estudios previos que informan que entre el 51 % y el 70% de esos errores se pueden prevenir, y que el número de incidentes notificados se incrementa con los años (5).

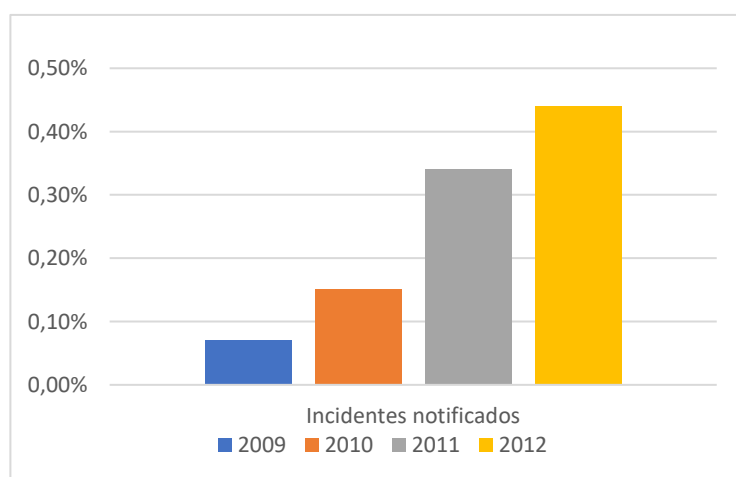


Gráfico1.Tasa total anual de incidentes notificados en el Departamento de Emergencias (DE) 2009-2012 (5)

El SUH es el servicio más utilizado y de forma más frecuente por la población, pues es un servicio que forma parte de un sistema público de salud, que, hasta ahora, no presenta ninguna barrera para limitar el acceso a los mismos. Entre muchas de las causas de “hiperfrecuentación” de este servicio están los cambios producidos a nivel demográfico y a nivel social, dónde en este último cabe destacar la cultura de la inmediatez.

La saturación del SUH es un problema importante y general en la mayoría de países, que afecta a la efectividad, a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente, por lo cual es fuente de múltiples eventos adversos(6) .

Algunos de los criterios que indican saturación y las causas se encuentran reflejadas en las tablas 1 y 2.

Criterios de saturación en el SUH (7)
Dificultad en la ubicación de pacientes que acuden con ambulancia (> 15 minutos)
Pacientes que se marchan sin ser valorados (> 5%)
Demora mayor de 5 minutos en el proceso de triaje
Índice de ocupación del SUH > 100%
Más del 90% de pacientes con estancia > 4 horas
Retraso en la valoración diagnóstica de pacientes (> 30 minutos)
Retraso en el ingreso hospitalario una vez se ha tomado la decisión
Elevado porcentaje de pacientes en el SUH que esperan cama de ingreso (> 10%)

Tabla 1. Criterios de saturación en el SUH. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias 2015;27(27):113-120.

Causas de saturación en el SUH (7)
Uso inadecuado del SUH por parte de los pacientes
Pacientes complejos por envejecimiento y comorbilidad
Factores estacionales
Dotación insuficiente de recursos estructurales
Desproporción de pacientes por personal de enfermería y facultativo
Limitada formación y entrenamiento específico en urgencias del personal
Demora en la realización de exploraciones complementarias y espera de resultados

Tabla 2. Causas de saturación en el SUH. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias 2015;27(27):113-120.

La saturación del SUH que lleva implícito una gran sobrecarga asistencial junto con otras variables más, hace que el profesional que trabaja en dicho servicio desarrolle el conocido Síndrome de Burnout (SB). Se trata de un síndrome psicológico que responde a una serie de estresores crónicos presentes en la actividad laboral, principalmente en aquellos que presentan una relación constante y directa y sobre todo de ayuda como el caso de los

profesionales de la salud. Este síndrome fue descrito por *Herbert Freudenberger*, el cual lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” y que considera como “equivalente al de desgaste profesional o al de profesional quemado, exhausto o sobrecargado”. Más adelante fueron *Maslach y Jackson* quien definieron el síndrome como “un síndrome que consta de tres dimensiones que son: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la falta de realización personal (FRP), que puede darse entre individuos que de alguna manera trabajan con personas”. (8) El CE es entendido como la sobrecarga física y emocional que deriva de la interacción con el resto de profesionales compañeros y pacientes. La DP viene a hablar de las actitudes que como profesional uno desarrolla hacia sus compañeros y beneficiarios de la salud. Y la FRP hace referencia al autoconcepto negativo que los profesionales pueden desarrollar a consecuencia de situaciones que no han sido gratificantes (9)

El SB ha originado gran interés por determinados colectivos por el costo interpersonal, social, de salud y económico que generan al profesional en particular y a la sociedad en general, además de la mala calidad asistencial ofertada, de ahí que sea considerado un problema de salud pública (8)

2.2 Conceptos

La OMS elaboró en 2009 un informe técnico definitivo sobre el “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”, en el cual se definieron unos conceptos clave y términos preferidos de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en 2015 en su informe de “Notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos por parte de profesionales sanitarios” establece una diferenciación entre evento y reacción adversa: (10)(11)

- **Seguridad del paciente:** “es la reducción del riesgo de daños innecesarios con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”

- **Daño asociado a la atención sanitaria:** “es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente”
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** “evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente”. Se puede hablar de:
 - Cuasi incidente: incidente sin daños, no llega a alcanzar al paciente porque el error se detecta a tiempo.
 - Evento adverso: incidente o suceso no deseado experimentado por el paciente y que le causa daño independientemente de que se sospeche o no del medicamento administrado.
 - Reacción adversa: suceso indeseable que le ha sucedido al paciente tras la toma de un medicamento y existe la sospecha de que es causado por el medicamento.
 - Evento centinela: incidente imprevisto en el que se produce la muerte o lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca.
- **Error:** “acción de no llevar a cabo una acción prevista según pretendía o de aplicar un plan incorrecto” Se puede manifestar haciendo algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión).
- **Infracción:** “desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos”

2.3 Historia

La preocupación sobre la seguridad no es algo novedoso ni actual, sino que se remonta a siglos atrás como refleja Hipócrates en el Juramento Hipocrático en el siglo V a.C. donde sintetiza lo que debe ser la ética médica: actuar siempre en beneficio del enfermo (“*a cualesquier cosa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, obteniéndome de todo error voluntario y corrupción*”) (12). Además, también con la famosa frase “*primun non nocere*” (o “*primero no hacer daño*”) pone de manifiesto el deber de todos los sanitarios de no causar daño, deber que se encuentra recogido como máxima prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas; y de vigilar con el fin de evitar o paliar los efectos o secuelas indeseables derivadas de la práctica clínica.

El principio de no maleficiencia obliga a evitar causar cualquier daño al paciente, pero también a actuar con la mayor prudencia para evitar que ocurran eventos adversos (13).

En 1990 el psicólogo James Reason creador de la teoría o modelo del Queso Suizo, establece que el error forma parte del ser humano, y que, por ello, la dificultad de evitar cometerlos, siendo mayor la posibilidad de transformar el ambiente donde éstos actúan, haciéndolo más seguro e implementando medidas que dificulten la producción de errores y evitando que se traspasen las diversas barreras de protección (las diferentes lonchas de queso suizo) y causen un daño mayor. De manera que, a la hora de establecer un análisis de los errores, éste se debe centrar en todas las causas subyacentes que lo hayan propiciado, y no simplemente en lo que ocurrió al final del proceso (14)

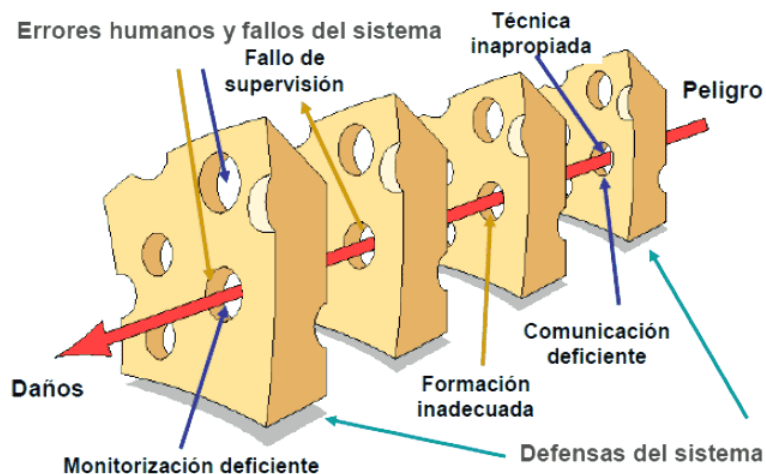


Figura 1. Modelo del Queso Suizo de James Reason

En 1999, el Institute of Medicine (IOM) de los Estados Unidos de América (EEUU) publicó el que sería uno de los informes más decisivos y relevantes en el ámbito sanitario, y el que posteriormente ha tenido una mayor transcendencia y repercusión en la asistencia sanitaria en todo el mundo, *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Este informe marcaría un antes y un después en un aspecto que hasta entonces poco se había debatido y prestado atención: la seguridad de los procedimientos médicos y los errores derivados de la asistencia sanitaria, sus costes y consecuencias sobre la seguridad del paciente. El informe situaba los eventos adversos como séptima causa de muerte en los EEUU (15).

Los autores de *To Err is Human* insistieron en la necesidad de un cambio en el sistema, y concluyeron que la calidad asistencial no podría mejorar sin antes abordar primero un componente clave de la calidad: la seguridad del paciente. El informe consiguió una

amplia concienciación y puso de manifiesto que los errores producidos no se daban de manera aislada, y que sólo con una amplia planificación se podría conseguir la disminución de éstos. A su vez, recalca un cambio de enfoque de los errores, de una visión individual a un modelo sistémico.

Posteriormente, un estudio publicado en el *Journal of Patient Safety* concluiría que los errores médicos que provocaban la muerte de pacientes en el hospital eran más numerosos de los que se habían mencionado, pudiendo haber llegado a producir un total de 440.000 muertes al año (15).

La seguridad del paciente, como se ha comentado anteriormente aflora a finales del siglo XX y principios del XXI, primeramente impulsada desde un enfoque de responsabilidad sanitaria y posteriormente con el tiempo, como campo de actuación de la calidad asistencial, siendo una apuesta por diferentes organizaciones, entre ellas la Organización Mundial de la Salud y diversos organismos especializados en este campo, como la AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), el NQF (*National Quality Forum*) en EEUU, la NPSA (*National Patient Safety Agency*) en el Reino Unido o el CPSI (*Canadian Safety Institute*) en Canadá (16).

2.4 Marco legal

Todos los derechos y obligaciones de los pacientes están protegidos por un amplio marco legal que comienza con la propia Constitución Española.

En concreto, en el artículo 43 de la Constitución, queda recogido el derecho a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública a través de medidas de prevención, así como también todas las prestaciones y servicios que sean considerados necesarios (17).

Tras la Constitución, y en relación con los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, se desarrolló una regulación básica que está recogida en la Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, cuyo objeto consiste en la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud (18).

Los principios de la Ley General de Sanidad fueron completados por la Ley básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica, del 14 de noviembre (Ley 41/2002). Esta ley se centra en la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así, establece el mayor

respeto a la dignidad de la persona, la libertad individual y declara que la organización sanitaria debe garantizar la salud como derecho inalienable mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud.

La ley 41/2002, comentada anteriormente, refuerza el derecho a la autonomía del paciente, y concretamente da un trato especial a la regulación sobre las instrucciones previas que contemplan los deseos del paciente expresados con anterioridad (19).

Más tarde, tras 16 años de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, a causa de los profundos cambios producidos en la sociedad española, surgió la necesidad de adaptar, hacia una mejora, las leyes en materia de sanidad. Con ello, surgió la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que sitúa la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias considerándolo como uno de los elementos clave en la mejora de la calidad, quedando reflejado en la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que viene desarrollándose desde el año 2005 en coordinación con las distintas Comunidades Autónomas, y cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente mediante diferentes actuaciones: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente, establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje, e implantar prácticas seguras (20) (21)(22).

El aumento de la actividad asistencial y la mayor complejidad y especialización de los procesos y técnicas incrementan los costes de las organizaciones sanitarias y los riesgos asociados a la actividad sanitaria. AENOR, detectó la necesidad que presentaba la comunidad sanitaria de disponer de un sistema de gestión para la seguridad del paciente normalizado, con enfoque hacia una mejora continua, que permitiera identificar las situaciones de riesgo que se dieran, implantar acciones para prevenirlos o reducirlos, y desarrollar sistemas y procesos encaminados a la reducción de la probabilidad de errores y eventos adversos, y aumentar así la probabilidad de detectar y mitigar las posibles consecuencias. Para ello, en el 2010 se publica la Norma UNE 179003, Gestión de riesgos para la seguridad del paciente (23) .

2.5 Justificación

El tema elegido para la realización del trabajo es clave para avanzar en materia de calidad de la atención sanitaria, y que además ha ido adquiriendo gran relevancia en los últimos años, pues las consecuencias inmediatas de no abordar las diferentes estrategias

planteadas para potenciar dicha seguridad, conducen a una elevada morbi- mortalidad (24).

Los servicios de urgencia son con frecuencia la puerta de entrada al sistema sanitario, y según documentación, los pacientes que acuden a ellos, sufren eventos adversos de diversa gravedad, de manera que es necesario, en este servicio aún más, el establecimiento de prácticas de efectividad acreditada para disminuir, evitar o al menos minimizar la incidencia y la repercusión de los eventos adversos.

Es verdad que la seguridad en el ámbito sanitario ha experimentado un gran avance, pero aun así todavía falta un largo camino para poder dar un paso más allá en la concienciación de los profesionales en materia de seguridad, y más todavía en un servicio tan complejo como el de urgencias.

Además, también es importante abordar la seguridad del profesional de enfermería, aspecto que tiene mayor peso todavía, pues el enfermero, es el profesional que se encuentra a pie de cama con el paciente, y el responsable de abordar las diferentes actividades para llevar a cabo esa seguridad. Si al profesional no se le cuida o protege, difícilmente podrá velar por la seguridad del paciente y sus familiares.

3. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es conocer la situación actual en relación con la seguridad del paciente desde la perspectiva de las instituciones y el profesional de enfermería.

Los objetivos específicos son:

- Analizar la incidencia de eventos adversos producidos y sus características en términos de causa, evitabilidad y consecuencias
- Revisar y analizar los trabajos existentes que hablan sobre las consecuencias negativas que afectan a la seguridad del profesional y a la atención que brindan al paciente, así como a su productividad.
- Identificar las diferentes prácticas y estrategias implantadas para una atención de seguridad en el servicio de urgencias.

4. Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente mediante la realización de una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Cinahl y Medline Plus, en el repositorio de la Universidad de La Rioja (DIALNET), en la biblioteca virtual en salud SciELO, en la biblioteca Cochrane y en la biblioteca General de Enfermería, Enferteca. También se han realizado consultas en el motor de búsquedas Google Scholar, y en páginas webs oficiales: Organización Mundial de la Salud (OMS), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y el portal de Salud de la Comunidad de Madrid.

En aquellas que permitían el uso de lenguaje controlado mediante los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) o descriptores en ciencias de la salud (DeCS), se han empleado utilizando los términos “profesional burnout”, “emergency medical services”, “safety management”, “nursing care”, “Patient safety”, “nurse”, “emergency”, “burnout syndrome”, “cultura de seguridad”, “profesionales”, “urgencias”, enlazándolos mediante los operadores booleanos AND, OR y NOT.

En las bases de datos en las que resultaba posible establecer límites, se han fijado como filtros la fecha de publicación (2015-2019), la posibilidad de consultar a texto completo (*full text*) y el idioma (*inglés, español y portugués*). En algunas bases de datos además se estableció como filtro la especie (*humana*) y el límite en la edad (*all adult*).

Además, para la selección de los documentos se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión, los cuales son:

- Criterios de inclusión

- Artículos con acceso a texto completo
- Estudios que estableciesen la relación entre el síndrome de Burnout y las consecuencias negativas que afectan a la seguridad del profesional y a la atención que brindan al paciente.
- Estudios que hablasen de las diferentes prácticas y estrategias establecidas implantadas para conseguir una cultura de seguridad y el grado de cumplimiento de éstas.

- **Criterios de exclusión**

- Artículos de investigación realizados en áreas que no fueran el servicio de urgencias
- Documentos que hablaran de la seguridad de otro profesional sanitario que no fuera el profesional de enfermería.
- Artículos a los que no se pueda acceder a texto completo
- Artículos de investigación realizados en áreas que no fueran el servicio de urgencias.

Para la selección de artículos que se obtuvieron como resultados de las búsquedas se procedió en primera instancia al descarte de aquellos cuyos títulos no tenían relación alguna con el tema del trabajo propuesto. A continuación, se procedió a realizar la lectura del resumen, quedándose con aquellos cuyo contenido resultaba acorde con los objetivos del trabajo.

En las siguientes tablas (*Tabla 3 y 4*) se especifican las diferentes estrategias seguidas para la búsqueda de documentos.

En la base de datos Dialnet el límite de rango de años preestablecido comprende los artículos publicados entre los años 2010-2019, pero fueron seleccionados únicamente aquellos con fecha desde 2015.

	Sentencia de búsqueda	Resultados	Seleccionados
DIALNET	“Cultura de seguridad” AND “profesionales” AND “urgencias”. Fecha de publicación 2015-2019	27	1
DIALNET	“Burnout syndrome” AND “nursing” AND “emergency“. Fecha de publicación 2015-2019	4	1*

ENFERTECA	“Cultura de seguridad” AND “profesionales” AND “urgencias” periodo[5y]	35	1
CUIDEN	((“Burnout”)) AND (((“syndrome”)) AND (((“nursing”)) AND ((“emergency”)))	12	2*
CINAHL	Burnout syndrome AND nursing AND emergency Texto completo; Fecha de publicación: 20150101-20171231	7	2*
CINAHL	Burnout syndrome AND safety management AND nursing AND emergency; Texto completo; Fecha de publicación: 20150101- 20171231; Idioma: english adn spanish	144	1
CINAHL	Patient safety AND nurse AND emergency service NOT pediatric Patient; Texto completo; Fecha de publicación: 20150101- 20171231; Idioma: english adn spanish	35	2
GOOGLE SCHOLAR	Safety management AND Burnout syndrome AND nursing AND emergency	207	2*

Tabla 3. Sentencia de búsqueda y resultados obtenidos en Dialnet, Enferteca, Cuiden, Cinahl, Scielo y Google Scholar. Fuente: elaboración propia

En la base de datos de Pubmed se realizó una búsqueda con términos MeSH y lenguaje libre, para así recuperar el mayor número posible de artículos. Los términos se combinaron mediante operadores booleanos “AND” y “NOT”. Se utilizaron filtros en fecha de publicación (5 years), texto completo (*free full text*), especie (*humans*) e idioma (*english, spanish and portuguese*).

PUBMED	((“safety management”) AND (“nursing”) AND (“emergency medical services”))	32	3
PUBMED	((“Patient safety”) AND (“nurse”) AND (“emergency service”) NOT (“Patient pediatric”) NOT (“primary care”))	49	3

Tabla 4. Sentencia de búsqueda y resultados obtenidos en base de datos Pudmed. Fuente: elaboración propia.

*Existencia de artículos repetidos

Tras una lectura en profundidad de todos los artículos seleccionados (un total de 48 artículos) y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, finalmente se seleccionan un total de 18, los cuales considero relevantes para cumplir con los objetivos planteados.

5. Resultados

El servicio de urgencias, es un servicio que proporciona atención las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana y dada su naturaleza en cuanto a complejidad y otros aspectos como la carga de trabajo, la escasez de personal, la inexperiencia de algunos profesionales, el hacinamiento, las interrupciones múltiples o la falta de control y de comunicación, ha conducido a que sea descrito como un área donde el riesgo de cometer errores es alto y donde el desempeño del profesional en ocasiones se ve afectado, de forma que puede repercutir negativamente en el paciente y causarle un daño (25).

El servicio de urgencia es la puerta de entrada al sistema sanitario, y por tanto el primer lugar donde los pacientes reciben atención médica. Según el último informe anual del SNS de 2016, se atienden un total de 56,7 millones de consultas al año, de las cuales 21,5 millones son atendidas como una urgencia (26)

El trabajo realizado en el servicio de urgencias juega un papel fundamental en la reducción de la tasa de mortalidad, en la protección de la salud pública y en la mejora de la satisfacción pública de los servicios prestados. De ahí la consideración, según los estudios realizados, que cuanto mejor sean las condiciones de seguridad, menores serán los errores o eventos adversos cometidos. De ahí la importancia y la preocupación por fomentar una cultura de seguridad y la transferencia de una cultura de cero errores (27).

5.1 Frecuencia de errores/ eventos adversos (EA) y posibles causas

De la revisión bibliográfica realizada se extraen una serie de estudios, que hablan del porcentaje de EA producidos y algunas de las posibles causas (*Ver anexo 2*).

Según los estudios realizados, los tipos de errores o EA más comunes son los errores relacionados con el diagnóstico, errores en la medicación, problemas de gestión, fallos en el sistema, problemas de comunicación, falta de habilidades profesionales y problemas con el equipo médico. Los errores de medicación e infecciones son los EA que se han informado con mayor frecuencia (28).

En un estudio se llevó a cabo la distribución de unos cuestionarios HSPSC (*“Hospital Survey on Patient Safety Culture”*), con el objetivo de medir la cultura de seguridad según la percepción de los profesionales a través de unos ítems donde se valoraba la categoría profesional, antigüedad y seguridad. En total se cumplimentaron 331 cuestionarios, de

los cuales el 13,3% eran del servicio de urgencias. Un 58% de los profesionales que trabajaban en el servicio de urgencias valoraron la seguridad con una puntuación de 7-8, siendo la dimensión de trabajo en equipo la mejor valorada (29)

En otro estudio, se realizó la entrevista a diez profesionales médicos y diez profesionales de enfermería de un DE de Suecia sobre la percepción que tenían sobre los riesgos para la seguridad del paciente. Establecieron cuatro categorías: (25)

- **Alta carga de trabajo.** Establecían que producía tiempos de espera excesivos desencadenando en una demora en la evaluación, diagnóstico y por tanto establecimiento de un tratamiento en el caso de que el paciente lo requiriera. Otra consecuencia percibida fue que cuando el número de pacientes era mayor que el óptimo, había un aumento del estrés y de las limitaciones de los profesionales, y como consecuencia había confusión con los pacientes y por tanto más errores a la hora de preparar y administrar la medicación. Una enfermera asegura: *“cuando no tienes tiempo para revisar y documentar el fármaco, se puede decir que no es seguro para el paciente”*.
- **Falta de control.** Según los entrevistados se producía a causa de las múltiples interrupciones que afectaban al rendimiento por la desconcentración que producían, y de la inexperiencia de determinados profesionales. Éstas causan un aumento del riesgo de errores de medicación y la realización de pruebas no requeridas.
- **Fallos en la comunicación.** Conducen a errores en el momento de preparar o administrar la medicación y contribuye a aumentar los tiempos de espera.
- **Fallos en la organización.** Cuando se conoce de forma poco clara los pacientes que uno lleva a su cargo en el turno, cuando los recursos materiales son insuficientes (falta de camas y por tanto retraso en el ingreso y alta del paciente), cuando hay escasez de personal o cuando se cometen errores en los registros de los pacientes, se produce un aumento del riesgo de la seguridad.

Los profesionales de este estudio establecieron que la combinación de varios de los riesgos percibidos y comentados anteriormente, comprometen aun más la seguridad del paciente. Este mismo estudio hace alusión a un estudio realizado en Reino Unido, donde se estableció que los factores de estrés percibidos fueron la falta de trabajo en equipo además de la carga tan alta de trabajo y la escasez de personal. En EEUU se percibe que

los riesgos en la seguridad además de los comentados previamente son el entorno, los propios profesionales y la coordinación de la información. Y en Suecia establecen como riesgo además el hacinamiento (25).

Otro estudio extrajo las siguientes percepciones del personal de enfermería sobre seguridad del paciente: (28)

- La importancia de profesionales entrenados, formados y motivados permitirá reducir las posibilidades de errores aportando una mayor seguridad en las urgencias.
- El reconocimiento de que el hacinamiento, una estructura inadecuada y un insuficiente número de trabajadores conducen a aumentar la probabilidad de errores.
- El uso de indicadores epidemiológicos, protocolos y el desarrollo de cuidados de enfermería contribuiría a la prevención de errores.

Además, en el informe *“Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes”* elaborado por el Defensor del Pueblo junto con todas las comisiones autonómicas se recoge que hay insuficiencia en cuanto a cultura de seguridad y reconocimiento de errores en la práctica clínica por parte de los profesionales, un escaso nivel de investigación ante reclamaciones de pacientes en materia de seguridad y establecen la necesidad de potenciar unidades de gestión de riesgos, la instauración de estándares de calidad y guías de buenas prácticas y la importancia de mediadores interculturales para evitar EA (30).

En el mismo informe publicado se estableció que un alto porcentaje de EA, los cuales eran evitables, no eran notificados en parte por la falta de cultura de seguridad comentada anteriormente y por el temor a posibles consecuencias jurídicas (30). Se estima según la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que el 95% de los EA no se documentan, quedando ocultos. Como conclusión se estableció que el marco legal en España no ayuda a la implantación de sistemas de notificación de EA y que hay cierta ausencia de estrategias institucionales que muestren efectividad en la mejora de los profesionales y en la difusión de información primordial para la correcta planificación, organización e implementación de acciones encaminadas a la prevención (28).

Los facilitadores para establecer una atención segura y eficaz según un estudio realizado donde se entrevistaron a un grupo de profesionales de enfermería del servicio de urgencias son, la identificación del paciente previo a cualquier procedimiento, la prevención de errores en la administración de la medicación, el uso de protocolos y guías de práctica clínica, la buena comunicación con el paciente y familiares, la formación del personal, unos adecuados recursos humanos y un adecuado apoyo por parte del hospital y de la gerencia. Además, establecieron como propuestas de mejora la realización de sesiones de entrenamiento, la contratación de más personal y la mejora de las infraestructuras. De esta manera consideraron que se garantizaba la seguridad del paciente y se reducía la probabilidad de cometer errores (31).

Estudios realizados en Reino Unido informan que la participación directa de directores ejecutivos en las instituciones en cuanto a cuestiones de gestión, mejora la seguridad y la calidad de atención (28).

La AHRQ reconoce que “los enfermeros son esenciales conductores de la seguridad del paciente y mejora de la calidad” (31), de forma que se puede decir que la enfermería juega un papel fundamental en la prevención de EA, pues son los profesionales que tienen un contacto frecuente con el paciente, los que perciben sus necesidades y se anticipan a las situaciones; aunque la responsabilidad no solo radica en el profesional de enfermería, sino que es el equipo multidisciplinar el que tiene el papel de mejorar aquellos aspectos mejorables y establecer un compromiso con los resultados (28). Por ello, la importancia de conservar y cuidar a estos profesionales para poder brindar una atención y asistencia sanitaria de calidad. Pero desafortunadamente, si no se proporcionan los recursos adecuados e infraestructuras, estos profesionales tienen que trabajar bajo presión y condiciones de gran carga asistencial (31)

5.2 Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería: sintomatología, prevalencia y factores de riesgo

La sobrecarga asistencial, así como las malas condiciones que se dan en el área de trabajo acaban afectando el bienestar físico y mental de los profesionales del servicio de urgencias, y más concretamente del profesional de enfermería (32), pues se trata de un trabajo que requiere de toma de decisiones rápidas y un mayor nivel de concentración por ser pacientes en riesgo de sufrir alguna complicación o incluso la muerte. Esto produce

un aumento de la probabilidad de que el profesional experimente agotamiento emocional, llevándolo al alejamiento de las personas asociadas al trabajo, e incluso de pacientes y al descuido de su vida social, de ocio e incluso de su propia salud (33).

El personal de enfermería cuida a los pacientes en sus distintas etapas de la vida, abandonando en determinadas ocasiones a su propia familia, además son profesionales que no reciben el merecido reconocimiento a su labor asistencial, lo que genera una cierta insatisfacción laboral e incluso personal. Sumado a ello los bajos sueldos y su plena dedicación, hace que se encuentren informes donde se indica que hay un nivel importante de abandono de la profesión. Si además se dan otros factores de carácter social como es la situación económica que ha sufrido España con la privatización, externalización de servicios o reducción de recursos, más la reestructuración de determinadas áreas sanitarias, los profesionales sanitarios sufren un alto grado de exposición y en especial los profesionales de enfermería de forma reiterada a estresores, cuya cronicidad en el tiempo conlleva la aparición del Síndrome de Burnout (SB) (34).

El SB se manifiesta con sintomatología: (35)

- Física: alteración del sueño, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, fatiga constante, trastornos cardiovasculares y respiratorios y dolores musculares y/u osteomusculares.
- Psíquica: falta de atención, alteraciones de la memoria, impaciencia, ansiedad, cambios de humor repentinos, desconfianza y frustración.
- Conductual: agresividad, irritabilidad, negligencia, incapacidad para relajarse, afectación de las relaciones por distanciamiento o indiferencia.
- Defensiva: aislamiento, sentimientos de omnipotencia, ironía o cinismo.

Este problema es un tema muy debatido, especialmente por las posibles consecuencias negativas para los pacientes, y porque el agotamiento en los profesionales del servicio de urgencias está asociado con los resultados de seguridad, aunque todavía no haya estudios que lo haya analizado en profundidad (32).

Hay una serie de estudios que se han realizado se muestran los porcentajes y el grado (alto, intermedio o bajo) de CE, DP y FRP, las tres dimensiones que constituyen el SB según Maslach y Jackson, de los profesionales, en concreto del de enfermería, en el

servicio de urgencias a través del Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI) (32) (*Ver anexo 3*).

Los porcentajes extraídos de los diferentes estudios muestran que efectivamente, el SB es uno de los problemas de salud más importantes en varias profesiones que implican trabajar con otras personas, siendo los profesionales de la salud los identificados como el grupo con mayor probabilidad de padecerlo (36).

El SB es un tema que cobra gran importancia en materia de calidad de la atención por el hecho de que en algunos estudios se evaluó la asociación entre el agotamiento y los resultados de seguridad mediante las dimensiones de CE y DP, y efectivamente se observó que esa asociación era significativamente positiva y además también se observó cierta asociación entre el CE y los errores o EA. Apoyando la afirmación anterior, se vio que los profesionales que presentaban un alto grado de CE y DP eran aquellos que habían informado de lesiones, errores o EA en algún momento de su asistencia sanitaria (32).

Varios estudios (32)(37)(35)(38) han analizado los factores de riesgo y las posibles consecuencias del SB para los trabajadores del SUH a través de las percepciones expresadas por un grupo de profesionales de enfermería. Los factores de riesgo más estudiados son la edad, género, experiencia laboral, estado civil, presencia o no de hijos, carga horaria de trabajo, etc.

Algunos estudios determinan que la **edad** no influye en la aparición del síndrome, aunque si consideran que puede producirse un “periodo de sensibilización” en los primeros años como profesional, pues es cuando se es más vulnerable y cuando se produce la “transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana”(37). Otros estudios observan que aquellos que no alcanzan la edad de treinta años son los más propensos a adquirir el SB, por la falta de confianza y la base de conocimiento insuficiente, sumado además la tensión que supone el proceso de toma de decisiones en un servicio como el de urgencias (35).

El **género** es otro de los factores de riesgo estudiados como condicionante de presentar SB. Las mujeres tienen niveles de CE más bajos que los hombres, lo mismo ocurre con la dimensión DP, siendo por tanto los hombres más vulnerables. En cambio, otros estudios informan de la ausencia de relación entre el género y el SB (38).

Hay asociación entre la **experiencia** que se tenga en el servicio con los resultados de seguridad y los comportamientos que comprometen la seguridad. (32) De ahí que los profesionales con más experiencia son los que tienen mayor capacidad de afrontamiento y son capaces de lidiar con los agentes estresores. (35) En contraposición, otros estudios establecen que los profesionales con mayor experiencia son los más afectados por SB (38) (37).

En cuanto al **estado civil**, hay estudios que establecen que tener pareja es un factor de protección ante el desarrollo de SB, pues puede ser un gran apoyo en determinadas situaciones estresantes a las que tenga que enfrentarse (35). Otros indican que los niveles de Burnout son mayores en aquellos profesionales que presentan pareja; y otros no establecen relación alguna (38)

El **tener hijos o no** es uno de los factores de controversia para los investigadores. Algunos consideran que tener hijos hace que el profesional sea menos propenso a desarrollar SB, pues el ser padre o madre da una cierta madurez y experiencia que ayuda a afrontar determinadas situaciones que pueden ser consideradas estresantes. En cambio, otros no ven relación significativa (35).

Hay muchos otros factores que predisponen a presentar SB, como la **carga horaria de trabajo**, pues un exceso de este conduce a agotamiento tanto físico como psicológico, se reduce la energía para hacer frente a situaciones críticas y para desarrollar un trabajo seguro y de calidad (35). También influye el **tipo de contrato**, que puede producir inseguridad, pérdida de derechos laborales o incluso temor (33). Además, se asocia con la dimensión DP, presentando niveles altos de esta dimensión aquellos que tienen un contrato fijo o de sustitución, pero de larga duración (38).

También se ha visto que el **tipo de turno** influyen en la realización personal, sintiéndose menos realizados aquellos profesionales que están en turno rotatorio y de noche (39) (38).

La falta de recursos materiales, personales y la falta de satisfacción y compromiso laboral se asocian con niveles altos de CE y de FRP (38).

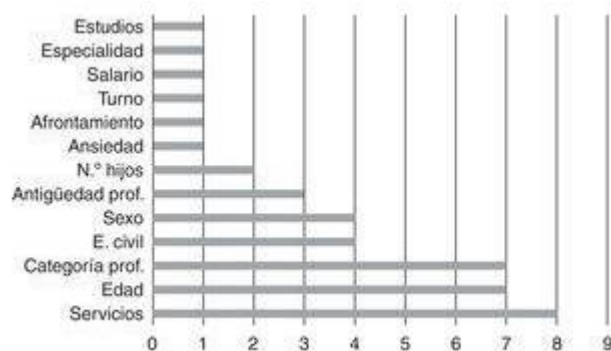


Figura 2. Frecuencia de los factores de riesgo asociados a SB. Fuente: Prevalencia bayesiana y niveles de Burnout en enfermería de urgencias: una revisión sistemática

Los altos niveles de agotamiento que desencadenan el Burnout se asocian con una atención de mala calidad del profesional de enfermería (los del servicio de urgencias son en comparación con otros servicios los que presentan mayores niveles de CE y DP) (38), mayor número de caídas de pacientes, errores a la hora de preparar y administrar medicación y un aumento de infecciones (36).

Los profesionales de salud se cuestionan por la magnitud del problema al que se enfrentan. Según algunos estudios entre el 50-60% de las jornadas de trabajo se pierden a causa del estrés ocasionado por el trabajo y los riesgos psicosociales derivados de éste. Las consecuencias que produce este síndrome hacen que sea considerado como un problema de salud pública, que se encuentra en auge entre los profesionales del servicio de urgencias, afectando a su salud y a la calidad asistencial prestada y por consiguiente deteriorándose la relación profesional-paciente y aumentando los costes socio-económicos del sistema sanitario (34). Por esto, se cree necesario conocer las estrategias de seguridad puestas en marcha y su cumplimiento, así como aquellas que abogan por los profesionales enfermeros en el servicio de urgencias.

5.3 Estrategias de Seguridad del paciente y del profesional de enfermería

La OMS acogió la cuestión de seguridad del paciente como tema de elevada prioridad en la agenda política de sus países miembros, y en el año 2004 puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Su propósito fue el lanzamiento de programas y campañas internacionales que estableciesen recomendaciones encaminadas a garantizar la seguridad de los pacientes en el mundo (14)(40).

A nivel nacional, en España se encuentran algunas iniciativas como la de la Fundación MAPFRE o la Fundación Avedis Donabedian en la creación de un Centro de

Investigación de la seguridad clínica de los pacientes que promueve ciertas actividades y campañas dirigidas a la protección de la seguridad del paciente. En la actualidad se continua con este tipo de iniciativas junto con otras entidades como SEMES. Si nos venimos a la era actual, está la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, la cual impulsó mediante la Estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en los años 2006 y 2010, determinadas actuaciones en seguridad del paciente, siguiendo las directrices marcadas por la OMS y la Comisión Europea (16).

En el año 2008 se publica el proyecto SENECA que evalúa si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad se relaciona con una mejora en la seguridad de los pacientes a los hospitales del Sistema Nacional de Salud, tal y como se propone al modelo europeo de excelencia EFQM (*European Foundation for Quality Management*). En dicho proyecto en relación con los estándares de liderazgo se observa un alto cumplimiento, pero se observan deficiencias en relación con la comunicación a los pacientes y familiares, la política de seguridad del centro y la falta de reconocimiento de los líderes hacia aquellos profesionales implicados en la seguridad del paciente. (41)

Determinados estudios como el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) u otro similar en Atención Primaria (APEAS), han permitido conocer los problemas de seguridad del paciente en nuestro entorno y la frecuencia de la aparición de eventos adversos. Además de estos, otras organizaciones han realizado trabajos en las urgencias (EVADUR) o en medicina intensiva (SYREC) (16).

El ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad elaboró el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria exenta de daños innecesarios o prevenibles a los pacientes mediante el desarrollo de la gestión de riesgos sanitarios, para poder alcanzar la excelencia en materia de seguridad del paciente y conseguir los valores de compromiso con el paciente, responsabilidad con la sociedad, apoyo, colaboración y participación, conocimiento e innovación y eficiencia. Se establecieron un total de doce líneas estratégicas: (16)

“Línea 1. Consolidar la cultura de seguridad”. Promover la cultura de seguridad implica establecer un entorno “inteligente” que ayude a aplicar una atención sanitaria más segura. Dentro de esta línea estratégica se establecen los siguientes objetivos estratégicos: *“liderar el desarrollo y consolidación de la cultura de seguridad, facilitar el acceso a*

información relevante en materia de seguridad del paciente e identificar y difundir buenas prácticas y actuaciones para mejorar la seguridad”.

“Línea 2. Desplegar la seguridad del paciente en la organización”. Para conseguir una organización segura es primordial la presencia de un buen liderazgo, que implica mostrar compromiso, transparencia, confianza y reconocimiento de los logros. Los objetivos estratégicos planteados son: *“promoción del compromiso por la seguridad de la organización y su despliegue, gestión de riesgos en centros y servicios sanitarios y fomento de una organización con alta capacidad de adaptación”.*

“Línea 3. Brindar continuidad asistencial”. En el contexto de seguridad, la continuidad asistencial se llevará a cabo mediante actividades que promuevan y velen por acciones de asistencia y gestión en la atención al paciente, compartiendo la información con el resto de profesionales que son partícipes de la asistencia y garantizando la integración en la atención sanitaria; todas estas, acciones que permiten alcanzar la calidad.

“Línea 4. Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras”. La seguridad y atención sanitaria centrada en el paciente son dos de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial, de ahí que se hayan convertido en una prioridad de las organizaciones reguladoras y gubernamentales. La forma en la que los pacientes y sus familiares pueden contribuir a la mejora en la seguridad puede ser a través de la identificación de riesgos y posibles soluciones, la participación en su proceso asistencial y en la toma de decisiones y en la gestión de los eventos adversos que hayan podido sufrir. No obstante, no hay evidencia de que esto sea efectivo y del impacto que puedan tener estas intervenciones, además de las barreras que impiden su implementación. También se ha visto que esto puede tener consecuencias negativas, al hacer responsables las instituciones a los pacientes. Los objetivos estratégicos son: *“mejorar la información y formación de pacientes, familiares y personas cuidadoras, promover su participación en la seguridad tras un evento adverso y utilizar las quejas y reclamaciones de los propios pacientes como instrumento para la identificación de riesgos”.*

“Línea 5. Difundir del conocimiento científico”. Esta línea estratégica es la base para que el desarrollo adecuado del resto de las líneas estratégicas del plan. El conocimiento científico tiene cuatro componentes: “el saber (componente científico); el saber hacer (componente procedimental); el saber ser (componente cultural) y el componente saber

dónde, relacionado con la caducidad del conocimiento científico y la dificultad para localizarlo y evaluarlo).” En la práctica clínica es necesario que el conocimiento científico sea accesible para el máximo beneficio para el paciente, y que éste sea compartido, con el objetivo de mejorar la práctica y fomentar la formación de grupos de trabajo de seguridad en diferentes ámbitos asistenciales.

“Línea 6. Comunicación y transparencia”. La asistencia sanitaria es el resultado de la interacción de un equipo multidisciplinar que debe trabajar en sintonía y sincronía. Es relevante la comunicación entre profesional y paciente, pero también lo es entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales. En la asistencia, la transmisión de forma verbal sin una verificación o registro, el uso de abreviaturas o problemas de legibilidad se asocian a una mala coordinación entre los profesionales que afecta de forma directa o indirectamente a la seguridad de los pacientes. Esto ha mejorado gracias al avance de las nuevas tecnologías, como la historia clínica informatizada, facilitando así la comunicación y accesibilidad de la información, aunque no se puede decir que se esté exento a su vez de nuevos riesgos. Siguiendo esta línea, la Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha desarrollado un Observatorio de Resultados a disposición de los ciudadanos, profesionales y gestores para conocer el estado de salud de los madrileños y los indicadores de asistencia sanitarias, dentro de los cuales se encuentran los de seguridad del paciente. Los objetivos estratégicos son: *“desarrollar habilidades de comunicación efectiva y trabajo en equipo de los profesionales sanitarios, definir la información estandarizada en las transferencias de cuidados, promover la identificación y gestión de incidentes centinela, eventos que nunca deben ocurrir y eventos adversos graves, establecer la información relevante sobre seguridad del paciente y promover la transparencia en la organización”*.

“Línea 7. Impulsar y desplegar prácticas seguras”. Los pacientes que acuden al servicio de urgencias, sufren con relativa frecuencia eventos adversos, en concreto según el estudio EVADUR, un 12%. Por tanto, se cree necesario el desarrollo de prácticas que ayuden a disminuir, evitar o al menos minimizar la incidencia de los eventos adversos; y el establecimiento de profesionales de referencia que velen por la seguridad en este servicio. Los objetivos estratégicos en esta línea en el servicio de urgencias son: *“mejorar la seguridad en este servicio mediante la constitución de un grupo de expertos que identifiquen aquellas áreas de mejora, el establecimiento de una serie de indicadores que se puedan medir en cuanto a seguridad del paciente y elaboración de información con*

una serie de recomendaciones sobre patológicas mas prevalentes; mejorar la identificación del paciente, la información y comunicación a la hora de realizar la transferencia de pacientes mediante el establecimiento de recomendaciones (en la transferencia de pacientes, en el uso de abreviaturas o siglas y en la cumplimentación de documentos de alta de urgencias) y la realización de reuniones tipo briefing y debriefing (documento resumido con información clara, sencilla y concreta); y por ultimo la mejora de la seguridad en situaciones específicas mediante la revisión del sistema de clasificación en urgencias (triaje), la formación de profesionales en prevención y control de infecciones (higiene de manos, aislamiento de pacientes o uso adecuado de antibióticos), elaboración de información sobre los eventos adversos producido con mayor frecuencia y establecimiento de reuniones y/o canales de comunicación rápida entre farmacia y los servicio de urgencias”.

“Línea 8. Evitar intervenciones innecesarias”. A nivel nacional e internacional hay una serie de iniciativas con el objetivo de identificar aquellas prácticas o intervenciones sanitarias no necesarias, para así limitarlas. El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) es una de las organizaciones que mediante el proyecto conocido como “*Do not do*” ha identificado aquellas prácticas clínicas que deben ser cesadas o limitadas. En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad mediante el proyecto “*Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas*” ha iniciados a establecer recomendaciones sobre prácticas que no han demostrado eficacia, que tienen escasa o dudosa efectividad o que no son costo-efectivas.

“Línea 9. Fomentar la investigación”. La investigación es considerada el pilar en la seguridad del paciente, de ahí que el servicio madrileño de salud tenga un fuerte compromiso con ella, pues permite la promulgación del conocimiento científico y técnico, lo que lleva a la prevención de errores en la asistencia.

“Línea 10. Facilitar la innovación tecnológica”. El sistema sanitario debe presentar como uno de sus valores la innovación, con el fin de tratar conseguir una asistencia sanitaria más segura. Para mejorar en dicha materia, se requiere del conocimiento y la experiencia de los profesionales, los cuales pueden desarrollar soluciones más actualizadas que ayuden a identificar con antelación aquellos posibles o problemas de seguridad.

“Línea 11. Potenciar la formación”. La formación de los profesionales sanitarios es el resultado del esfuerzo de muchos años, y tiene como fin promover el establecimiento de una cultura de seguridad, para así garantizar una asistencia de calidad. Para afianzar esta cultura de seguridad se precisa de las distintas tecnologías y metodologías de formación para que todos los profesionales dispongan de unos conocimientos básicos (magnitud de los problemas, uso de los sistemas de notificación e implementación de prácticas seguras). Los que se encuentren en un rango superior, los directivos y miembros de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios precisan de una formación más específica orientada al adecuado liderazgo.

“Línea 12. Desarrollar sistemas de información”. Permiten generar información a la hora de la toma de decisiones basadas en la evidencia a todos los niveles del sistema sanitarios, identificar problemas o necesidades y optimizar la asignación de recursos. Entre sus objetivos están: el desarrollo de sistema de notificación de incidentes de seguridad, mejorar el sistema de información de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (SIAUF) y establecer un sistema de indicadores para la seguridad del paciente.

Las anteriores estrategias comentadas, junto con sus objetivos marcados se llevarán a cumplimiento a través de una serie de actuaciones planteadas desde el año 2015 hasta el 2020. Para ello, el Servicio madrileño de Salud cuenta con una serie de organismos para su implementación, como son el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios (ORRS) que actúa como órgano de asesoramiento y consulta y establece la base del Plan de Gestión de Riesgos, el Comité Operativo de seguridad del paciente (CO), encargado de la implantación, evaluación y seguimiento de la estrategia, los responsables de unidades directivas, herramientas de compromiso e incentivación, comunicación y difusión; y elemento para su evaluación, que se realizará anualmente a través de los indicadores, del plan de acción (*Anexo 2*) y de los informes de seguimiento (16).

En cuanto a estrategias concretas que aboguen por la seguridad de los profesionales de la salud en el ámbito de urgencias no se contemplan, pero sí hay una serie de leyes que los amparan, como la ya citada Ley 16/2003, donde se recoge como prestación de salud pública la promoción y protección de la salud laboral. También se encuentra la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, donde se considera el derecho de los trabajadores a recibir una protección eficaz

en materia de seguridad y salud en el trabajo (42). Y, por último, la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, que establece los principios de la acción preventiva haciendo referencia expresa a evitar los riesgos, combatirlos desde su origen y sustituir lo peligroso por aquello que entrañe poco o ningún riesgo (43).

Además, en la actualidad se desarrollan algunas políticas de prevención fijadas desde la Unión Europea (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo), donde se busca abordar la problemática expuesta, haciendo partícipes a todos los niveles de las distintas administraciones de los estados miembros. En definitiva, se busca mejorar el ámbito laboral de los profesionales a través de medidas preventivas, de cuantificación, clasificación, diagnóstico e intervención del SB (34).

6. Discusión

La seguridad es un indicador que permite evaluar la calidad de la asistencia brindada en un determinado servicio, de ahí la relevancia y preocupación constante por los resultados que se obtienen en materia de seguridad. Ya la OMS en su momento, estimó que, a escala mundial, decenas de millones de pacientes sufren consecuencias negativas derivadas de una práctica insegura (2). Esto último, aportado por una organización tan importante y mundialmente conocida como la OMS, junto con los porcentajes obtenidos de estudios realizados, ha supuesto la necesidad imperante de elaborar unas estrategias que aboguen por una atención segura del paciente.

En uno de los estudios revisados en cuanto a prevalencia de EA en un servicio de urgencias, se estima que, de cien pacientes, se produce un 15% de EA y un 2% de errores, siendo el porcentaje a nivel general de EA producidos en el servicio de urgencias de entorno un 9-12%, siendo la mitad de estos prevenibles (44). En otro de los estudios obtienen que entre un 6-8,5% de los pacientes que reciben atención en urgencia experimentan un EA, de los cuales, el 36-71% se podrían haber prevenido (45). En España según el estudio ENEAS, se producen un total de 8,4% EA, siendo el 43% de ellos prevenibles (29).

Estos porcentajes denotan y me hacen ver a lo largo de la realización del trabajo que, aún hoy en día, a pesar de los avances, los errores y lesiones derivadas de estos son comunes y a menudo graves (en España según el estudio ENEAS (29), 0,25% de los EA son causa directa de muerte).

Algunas de las causas percibidas por los propios profesionales, que conducen a crear un entorno de atención menos seguro son la alta carga de trabajo, la falta de control, fallos en la comunicación y en la organización. Esto por consiguiente produce tiempos de espera excesivos que conduce a la demora del diagnóstico y con ello al agravamiento del estado del paciente; además un aumento del estrés de los profesionales que ocasiona confusión y por tanto la producción de errores, principalmente en la administración de la medicación. La falta de control derivada de las múltiples interrupciones, afecta a la concentración de los profesionales, y junto con la falta de organización producen un aumento de la probabilidad de cometer errores (25).

Lo último comentado me hace pensar que el factor humano es responsable de la seguridad en la atención sanitaria. Con ello, no quiero referir que los profesionales sean los últimos

y únicos responsables, pues detrás de esta realidad, hay una serie de aspectos a nivel organizacional y estructural que considero, deben cambiar y mejorar.

En vista de esto, los hospitales han trabajado por la creación de estructuras organizativas y de comités con el fin de gestionar la calidad del servicio y con ello, la seguridad del paciente. No obstante, a pesar del esfuerzo, se ha visto que algunas de las instituciones contemplan la seguridad y la calidad como aspectos independientes, sin comprender que la seguridad es una de las dimensiones más importantes de la calidad (46). Este último, es un aspecto de gran interés en la actualidad, y cada vez de forma más creciente, para los profesionales de la salud, los investigadores, los propios pacientes y el gobierno (46).

La enfermería en el servicio de urgencias lleva implícita la problemática que previamente presenta de carácter general, con la adición de la complejidad característica de este servicio. Es así, por las situaciones de carácter crítico que se dan, el tipo de patología atendida, la organización y la presión que se genera. A todo esto, se añade que es un servicio donde se realiza una labor que es menos reconocida institucionalmente que otras.

El profesional de enfermería es el profesional más expuesto de forma diaria a los estresores del servicio de urgencia. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) establece que el servicio de urgencias en el ambiente más propicio para que se dé un mayor número de agresiones y situaciones tensas entre los pacientes y los profesionales de enfermería. De ahí que consideren que los enfermeros sean los más susceptibles de sufrir violencia en el ámbito laboral. Esto a la larga puede llegar a desencadenar en la aparición del SB (30) .

El SB es una enfermedad laboral que se desarrolla en cualquier profesión, pero sin embargo los profesionales de enfermería son unos de los más susceptibles a esta enfermedad. Algunas de los factores de riesgo de su desarrollo son la edad, el género, la experiencia, la carga horaria de trabajo, el estado civil, la presencia o no de hijos, el tipo de contrato o el tipo de turno. Estos factores condicionan los niveles de CE, DP y FRP, tres de las dimensiones que determinan el nivel de Burnout mediante una escala, el MBI (32). No obstante, estos factores de riesgo se establecen según unos estudios en los que se valora la percepción de los profesionales de enfermería. En la actualidad, y a la hora de realizar la búsqueda de artículos, he podido comprobar que hay poca bibliografía donde se muestren aportaciones referentes a la importancia del SB en las profesiones sanitarias, y la que hay existente, aporta gran disparidad de resultados en cuanto a la prevalencia y

a cada uno de sus dimensiones, ya que depende mucho de cada persona y de las estrategias de afrontamiento que tenga, de manera que no se puede generalizar.

En relación con los factores que conduce al desarrollo de Burnout, se puede decir, como he comentado anteriormente que apenas hay estudios relevantes donde se establezca una relación directa con la prevalencia del síndrome, aunque sí hay uno de los factores que puede considerarse como condicionante, y es el sexo. Aunque hay estudios que muestren disparidad en relación a este factor, se ha visto, que, en la mayoría de ellos, el sexo femenino tiende a padecer mayores niveles de Burnout, por la doble carga de trabajo que presentan: el trabajo asistencial y el trabajo doméstico. Otros factores como el tipo de personalidad, las estrategias de afrontamiento o el apoyo percibido, si son relevantes en el desarrollo del SB, pues es la forma en la que el profesional se va a enfrentar a las situaciones de estrés a lo largo de su vida (36).

En materia de seguridad de los pacientes, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente con el objetivo de proporcionar una atención sanitaria exenta de daños innecesarios o prevenibles a los pacientes. Este plan estratégico comenzó en el 2015 y se mantiene hasta el 2020, llevando a cabo una serie de actuaciones marcadas por doce líneas estratégicas encaminadas a establecer una cultura de seguridad y su desarrollo en la organización, brindar continuidad en la asistencia implicando al propio paciente y familia, extender el conocimiento científico, establecer una relación comunicativa y transparente, promocionar el uso de prácticas seguras, evitar intervenciones innecesarias, promover la investigación, innovar en la tecnología, fomentar la formación y desarrollar sistemas de información (16).

A pesar de haberse establecido este plan estratégico, es importante tener en cuenta que desde que comenzó la crisis, el sistema sanitario europeo y más concretamente el español se ha visto afectado negativamente. Con ello, se han producido recortes en los servicios ofertados, y en los recursos humanos y materiales necesarios, llegando a ser éste último desproporcionado. Como consecuencia de ello, son menos los profesionales de enfermería que atienden las necesidades que surgen en el día a día, de los diferentes servicios de salud, y más concretamente del servicio de urgencias. Esto ocasiona un aumento considerable de la carga laboral, lo que conduce junto con otros factores ya mencionados, al desarrollo de problemas de salud laboral, como lo es el SB (45) . Si no se tiene en cuenta esta sobrecarga de trabajo que realizan a diario los profesionales de

enfermería y no se pone esfuerzo en la investigación y prevención del SB mediante la implantación de determinadas estrategias, difícilmente se podrá brindar una atención segura y por consiguiente de calidad. Dicho lo cual opino que el esfuerzo por llevar a cabo las estrategias de seguridad del paciente, sin tener en cuenta la del profesional, es en vano, pues a la vista está el porcentaje todavía hoy en día de EA y errores que se producen en la asistencia sanitaria.

Algunas de las propuestas de mejora aportadas por los diferentes estudios en materia de seguridad del paciente y del profesional son el establecimiento de sistemas de notificación de EA de carácter obligatorio, manteniendo el anonimato, pues al ser de carácter voluntario, muchos de los profesionales no lo ven relevante informar, desconocen de su existencia, o sin más no lo contemplan, y de ahí el alto porcentaje de EA no notificados (45); otra de las propuestas es la formación en actitudes y habilidades de seguridad mediante el entrenamiento de trabajo en equipo, pues de esta manera se ha visto que hay una mejor percepción de la cultura de seguridad dentro del servicio de urgencias por el hecho de formar grupo y apoyo mutuo en situaciones de mayor estrés, donde están juego la seguridad del paciente (45); por último, nombrar que en Andalucía a través del Decreto 18/2007, se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales del sistema sanitario público, donde pone de manifiesto a los profesionales de nuevas competencias que se han denominado Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), esperando que esto pueda ayudar a disminuir la prevalencia de SB (34). Además de estas propuestas, considero que es de vital importancia que los profesionales participen en el esfuerzo por aumentar la seguridad del paciente, el conocimiento de los factores de riesgo, así como también la identificación de estrategias que hagan más fácil el establecimiento y mantenimiento de los niveles de seguridad en aquellas situaciones de la práctica clínica donde la carga de trabajo es mayor.

7. Conclusión

El servicio de urgencias, es un servicio que tiene la responsabilidad de brindar una atención segura y de la más alta calidad posible. Al orden del día está que, aun habiendo estrategias que apuestan por mejorar la seguridad del paciente, se siguen produciendo EA derivados de la asistencia sanitaria, muchos de los cuales de carácter prevenible.

La complejidad y rapidez, son aspectos que caracterizan el servicio de urgencias, además de las demandas y problemas como la alta carga de trabajo, el hacinamiento, las precarias condiciones de trabajo, el bajo salario y el escaso reconocimiento. Esto a la larga afecta al profesional, pudiendo llevarle a presentar cansancio emocional, despersonalización y falta de realización profesional, conduciéndole a desarrollar el conocido Síndrome de Burnout o “síndrome del trabajador quemado”.

El SB es una enfermedad ocupacional que puede desarrollar cualquier profesional, sin embargo, los profesionales de enfermería son uno de los más susceptibles, principalmente por el hecho de que trabajan en un servicio donde se atiende a pacientes en situaciones críticas que les pueden conducir al sufrimiento, incapacidad o incluso la muerte. Esto expone a los profesionales a una serie de estresores que conducen al desarrollo del SB.

Se ha demostrado que trabajar de forma intensa en condiciones difíciles provoca “quemaduras” que hacen aumentar el error humano y por consiguiente no alcanzar los niveles establecidos de seguridad. Es por ello, que el factor humano sea considerado uno de los elementos más importantes en los programas de mejora de la seguridad. También lo es el trabajo en equipo, pues se ha visto que cuando hay trabajo en equipo se potencia la supervisión y el apoyo mutuo, aumentando la posibilidad de evitar la repetición de errores y así evitar causar daño al paciente.

Los gerentes de los servicios de salud se hacen cada vez más responsables de la seguridad del paciente, especialmente en el servicio de urgencia, pues la atención en este servicio implica altos riesgos para la seguridad. No obstante, y a la luz están los porcentajes de EA producidos en dichos servicios a pesar de las estrategias implantadas en seguridad del paciente. Esto deja en entre dicho las políticas de seguridad que hoy en día se establecen en los servicios de urgencia de los hospitales, demostrando que el esfuerzo por la implementación de estas de nada sirve si no se vela por la seguridad de los profesionales que se dedican al cuidado y la asistencia segura de los pacientes.

La colaboración y participación de los profesionales de la salud en la notificación de errores, en la reducción de los riesgos y en la mejorar de la seguridad y la calidad es una tarea crucial pero difícil. Hoy en día todavía queda mucho por mejorar.

Por consiguiente y para concluir considero que es primordial velar y establecer estrategias de seguridad del paciente, pero más importante es, velar por la seguridad de aquellos profesionales que se dedican a la asistencia de los pacientes y por consiguiente de su seguridad. Como enfermeros, debemos preguntarnos qué factores y con que magnitud predisponen a la aparición del SB, ya que debemos cuidar nuestra profesión, y no hay mejora manera de hacerlo que empezar cuidándose uno mismo, fomentando el bienestar bio-psico-social. Solo y de esta manera se podrá desarrollar una personalidad terapéutica que transmita e inspire salud.

8. Bibliografía

- (1) Defensor del pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud. 2015.
- (2) OMS | Seguridad del paciente. Available at: <http://cort.as/-Hn-4>. Accessed Feb 16, 2019.
- (3) Rocco C, Garrido A. seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Med Clin Condes 2017 /09/01;28(5):785-795.
- (4) Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalarias, estándares y recomendaciones. 2010:1-148.
- (5) Okafor NG, Doshi PB, Miller SK, McCarthy JJ, Hoot NR, Darger BF, et al. Voluntary Medical Incident Reporting Tool to Improve Physician Reporting of Medical Errors in an Emergency Department. Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health 2015 December;16(7):1073-1078.
- (6) Herrera Carranza M, Aguado Correa F, Padilla Garrido N, López Camacho F. Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2017;40(40):11-14.
- (7) Tudela P, Mòdol JM. La saturacion en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias 2015;27(27):113-120.
- (8) Guillén RS. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. Revista Enfermería del Trabajo 2017;7(3):65-69.
- (9) Cañadas-De la Fuente, Guillermo A., Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. Int J Nurs Stud 2015 Jan;52(1):240-249.
- (10) World health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2009 Ene:160.
- (11) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Información para las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos por parte de profesionales sanitarios 2015:14.
- (12) Juramento hipocrático médico actual o moderno. 2013 -07-01T10:00:06+01:00.
- (13) Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología 2015 Jun 1;28(2):228-233.
- (14) Maria da Penha Pinheiro, Osnir Claudiano da Silva Junior. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario/Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de

um hospital universitário/Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital. *Enfermería Global* 2017 Jan 1,;16(1):309.

(15) Massanés Marta. 15 años después de la publicación de *To Err is Human* Generalitat de Catalunya Departamento de Salud 2016:1-7.

(16) Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2015:1-181.

(17) Sinopsis artículo 43 de la Constitución española. Available at: <http://cort.as/2KEG>.

(18) Boletín Oficial del Estado, (BOE). Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad. 1986.

(19) Boletín Oficial del Estado, (BOE). Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica. 2002.

(20) Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2006 Dec;29(3):319-323.

(21) Boletín Oficial del Estado, (BOE). Ley 6/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003.

(22) Calidad, Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS Oficina de Planificación Sanitaria y. Mejorar seguridad paciente. 2006; Available at: <http://cort.as/-Hr6j> Accessed Mar 1, 2019.

(23) AENOR Certificación Sist. de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. Available at: <http://cort.as/-Hmzl>. Accessed Mar 3, 2019.

(24) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Seguridad del paciente. 2015; Available at: <http://cort.as/-HwaA>. Accessed Mar 3, 2019

(25) Källberg A, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Göransson KE. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2017 Jul;33:14-19.

(26) Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016:1-1008.

(27) Tourani S, Hassani M, Ayoubian A, Habibi M, Zaboli R. Analyzing and Prioritizing the Dimensions of Patient Safety Culture in Emergency Wards Using the TOPSIS Technique. *Global journal of health science* 2015 Jan 1,;7(4):143-150.

(28) Bampi R, Lorenzini E, Maroso Krauzer I, Ferraz L, Franco da Silva E, Dall'Agnol CM. Perspectives of the Nursing Team on Patient Safety in an Emergency Unit. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* 2017 February;11(2):584-590.

- (29) Hernández Magide C, Partera Luque MC, Caro Miquela A, Rus García M, Valls García M, Fernández Iruela D. Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios - Metas de Enfermería. 2017.
- (30) Pueblo Dd. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo (Enero 2015) | Defensor del Pueblo. Available at: <http://cort.as/-HwaN>. Accessed May 2, 2019.
- (31) de Cássia da Ponte Portela, Ana, de Castro Olímpio, Márcia Aline, Ponte MAV, dos Santos FD, de Paiva, Alicequel Ferreira Gomes, de Sousa, Vanessa Emille Carvalho. Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo. *Cultura de los Cuidados* 2017 September;21(49):25-34.
- (32) Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C. Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emerg Med* 2018 08 20;18(1):24.
- (33) Oliveira EBd, Gallasch CH, Silva, Pedro Paulo Alves da Junior, Oliveira AVR, Valerio RL, Dias LBS. Occupational stress and burnout in nurses of an emergency service: the organization of work/Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergencia: a organizacao do trabalho/Estres ocupacional y burnout en enfermeros de un servicio de urgencias: la organizacion del trabajo. *Enfermagem Uerj* 2017 Jan 1;25(1):28842.
- (34) Luis Albendín García. Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España); 2016.
- (35) Cardoso Portela NL, Oliveira Pedrosa A, Santos Cunha JD, Soares Monte LR, Silva Gomes RN. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. 2015.
- (36) Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana, Emilia I., Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente, Guillermo A. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse* 2017 Oct;37(5):e9.
- (37) Salillas Guillén R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Fundacion Index- Cuiden* 2017;7(3):65-69.
- (38) Albendín L, Gómez JL, Cañadas-de la Fuente, Guillermo A., Cañadas GR, San Luis C, Aguayo R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2016 /05/01;48(2):137-145.
- (39) Fuente, Guillermo Arturo Cañadas de la, García LA, Cañadas GR, Costas CSL, Campos EO, Solana, Emilia Inmaculada de la Fuente. Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2018;30(5 (Octubre)):328-331.

- (40) Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Organización Mundial de la Salud 2008:1-11.
- (41) SENECA. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social 2008:1-256.
- (42) Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Available at: <http://cort.as/-Hr6w>.
- (43) Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Available at: <http://cort.as/-HmzL>.
- (44) Zhang E, Hung S, Wu C, Chen L, Tsai M, Lee W. Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24hours of ED admission. Am J Emerg Med 2017 Mar;35(3):479-483.
- (45) Hesselink G, Berben S, Beune T, Schoonhoven L. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. BMJ Open 2016 Jan 29;6(1):e009837.
- (46) Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud Integrated management for patient safety, quality of health care. Ciencias tecnológicas artículo original. 2018 04;17(2):315-324.
- (47) Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, et al. Adverse events in patients with return emergency department visits. BMJ Qual Saf 2015 Feb;24(2):142-148.

9. Anexos

Anexo 1. Tabla de artículos seleccionados. Fuente: elaboración propia.

Autor	Año de publicación	Tipo de estudio	Título	Tema principal
Ewai-Zhang, Shih-Chiang H, Chien-Hung W, Ling-Ling C, Ming-Ta T, Wen-Huei L.	Taiwan 2016	Observacional prospectivo	Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24hours of ED admission	Investiga la tasa de incidencia de los eventos adversos y errores en el departamento de emergencia, así como la prevención, tipo y gravedad de las lesiones producidas por estos.
Hesselink G, Berben S, Beune T, Schoonhoven L.	2016	Revisión sistemática	Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions	Recopila una serie de estudios de las intervenciones del gobierno para mejorar la seguridad del paciente en el servicio de urgencia en cuanto a efectividad, confiabilidad, validez y viabilidad.
Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, Cwinn A, Foster A.	2015	Prospectivo de cohorte	Adverse events in patients with return emergency department visits.	Describe la proporción de paciente que asisten al servicio de urgencia tras haber sido dados de alta en los siete días posteriores debido a eventos adversos relacionados con la atención médica recibida.
Tourani S, Hassani M, Ayoubian A, Habibi M, Zaboli R.	Irán 2015	Analítico, descriptivo y transversal	Analyzing and Prioritizing the Dimensions of Patient Safety Culture in Emergency Wards	Analiza los aspectos culturales de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta el punto de vista de enfermeros.
Källberg AS, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Göransson KE.	Suecia 2017	Cualitativo	Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department	Realiza una descripción de las percepciones de enfermeros y médicos sobre seguridad del paciente en el servicio de urgencias.

Baier N, Roth K, Felgner S, Henschke C.	Alemania 2018	Descriptivo	Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany	Analizar el grado de agotamiento que padece el personal del servicio de urgencia y las consecuencias derivadas de esto, así como la relación entre agotamiento y seguridad percibidos por los trabajadores.
Hernández Magide C, Partera Luque MC, Caro Miquela A, Rus García M, Valls García M, Fernández Iruela D.	España 2017	Observacional descriptivo de corte transversal	Cultura de seguridad en los profesionales sanitarios	Trata de conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la cultura de la seguridad de los pacientes, para así analizar las fortalezas y oportunidades de mejora.
Salillas R.	España 2017	Epidemiológico descriptivo transversal	Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario	Analiza la prevalencia y distribución del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de un hospital de Huesca y la asociación de éste con variables sociodemográficas y laborales.
Cardoso Portela NL, Oliveira Pedrosa A, Santos Cunha JD, Soares Monte LR, Silva Gomes RN.	2015	Exploratoria descriptiva	Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência	Revisión de estudios científicos sobre la descripción del Síndrome de Burnout en el servicio de urgencias y emergencias.
Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid	España 2015		Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud	Se redactan las estrategias y objetivos en seguridad del paciente con el objetivo de proporcionar una atención exenta de daños que pueden ser prevenibles.

Gómez Urquiza JL, De la Fuente Solana EI, Albendín García L, Vargas Pecino C, Ortega Campos EM, Cañadas De la Fuente GA.	2017	Meta-analítico	Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency nurses: a meta-analysis	Determina la prevalencia del síndrome de Burnout en las enfermeras del servicio de emergencias, utilizando el manual de MBI (inventario de agotamiento de Maslach).
Barbosa Oliveira E, Gallasch C, Alves Da Silva Junior P, Vidal Rodrigues Oliveira A, Lopes Valério R, Barbosa Santos Dias L.	Brasil 2017	Descriptivo transversal	Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho	Analiza las dimensiones del Síndrome de Burnout que padecen los profesionales del servicio de emergencia.
Cañadas de la Fuente G, Albedín García L, Cañadas G, San Luis Costas C, Ortega Campos E, De la Fuente Solana E.	España 2018	Encuesta	Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos	Describe los niveles de Burnout y lo relaciona con una serie de variables sociodemográficas y laborales en el profesional de enfermería del servicio de cuidados críticos y urgencias.
Ponte Portela A, Castro Olimpio M, Alves Vasconcelos Ponte M, Diogenes dos Santos F...	Brasil 2017	Cualitativo	Nurses' perceptions of patient safety in the emergency setting: a qualitative study	Describe las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente, así como las barreras y facilitadores para brindar una atención segura y eficaz.

Bampi R, Lorenzini E, Maroso Krauzer I, Ferraz L, Franco do Silva E, Dall Agnol CM.	Brasil 2017	Descriptivo cualitativo	A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação	Establece la percepción de los profesionales de enfermería sobre seguridad del paciente en el servicio de urgencia
Albedín L, Gómez JL, Cañadas de la Fuente GA, Cañadas G, San Luis C, Aguayo R.	España 2016	Revisión sistemática	Prevalencia bayesiana y niveles de Burnout en enfermería de urgencias	Establecen mediante la revisión de estudios realizados la prevalencia del síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería en el servicio de urgencias, así como los niveles (alto, medio o bajo) de cada una de las dimensiones del Burnout y las diferencias con otros servicios.
Albedín García L.	España 2016	Revisión sistemática	Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias	Tesis doctoral que tiene como objetivo de conocer los niveles y factores de riesgo del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el servicio de urgencias y críticos de Andalucía.
Hernández Muriel C.	España 2015	Revisión sistemática	Prevención del síndrome de burnout en el profesional de enfermería	Trata de identificar las medidas para prevenir el síndrome de Burnout y las estrategias establecidas para cada una de sus dimensiones.
Instituciones españolas de Defensores del Pueblo	España 2015		Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes	




Anexo 2. Estudios recopilados donde establecen la incidencia de EA y alguna de sus principales causas. Fuente: elaboración propia.

Estudio	Muestra	Resultados
Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24hours of ED admission (44)	100 pacientes	<p>15% de eventos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% de estos por retraso u omisión en el diagnóstico de sepsis - 93% prevenibles - 60% provocaron lesiones físicas graves <p>2% de errores</p> <p>En general la tasa media de eventos adversos en DE son del 9-12% y alrededor del 50% son prevenibles.</p>
Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions (45)	---	<p>Entre el 6 y 8,5% se los pacientes atendidos en urgencias experimentan un EA, de estos el 36-71% se pueden prevenir.</p> <p>Causas: fallos del sistema, estrés y fatiga en profesionales, errores de medicación, problemas de comunicación, falta de habilidad en los profesionales y problemas a nivel equipo.</p>
Adverse events in patients with return emergency department visits (47)	13495 visitas a urgencias	<p>9% de los pacientes dados de alta en el DE regresan a los 14 días.</p> <p>923 (6,8%) regresaron a los 7 días del alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 53 por EA, de los cuales 30 (56,6%) se consideraron prevenibles. <p>Causas: problemas de gestión, error en la medicación y problema de diagnóstico.</p> <p>EEUU: 0,5-3% de los pacientes retornan al DE en las 72h del alta</p> <p>En España: 0,8% pacientes retorna a las 72h y en Singapur 5,5%.</p>
Estudio ENEAS (29)	---	<p>En España se producen 8,4% de EA, de los cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 43% evitables - 0,25% causa directa de muerte - 9,6% se dieron en urgencias.

Anexo 3. Estudios recopilados donde establecen los porcentajes de SB, así como también de sus tres dimensiones. Fuente: elaboración propia.

Estudio	Muestra	Resultados
Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany (32)	Cuestionarios a personal médico y enfermero	Experimentaron alto grado de: - CE: 25,3% - DP: 40,2% - FRP: 19,9%
Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo (37)	72 cuestionarios de profesionales de cuatro servicios (materno-infantil, urgencias, cirugía y urgencias)	El 23,6% era del servicio de urgencias, de los cuales un 5,9% presentaba SB.
Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: a meta-analysis (36)	13 estudios con profesionales de enfermería en urgencias	- Nivel alto CE: 20-44% - Nivel alto DP: 23-51% - FRP: 15-44%
Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática (38)	Consulta de 27 estudios	El 50% desarrollaron SB, en niveles medios-altos. - CE en valores altos u intermedios: 88,9% - DP en valores medios-altos en torno a 38-33% - FRP según varios estudios en 42%, 46,5%, 41,8% e incluso 97,4%.

Anexo 4. Tabla de los objetivos estratégicos y actuaciones en seguridad del paciente del año 2015 al 2020. Fuente: Plan de acción 2015-2020 de la estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud

<div>   <div>TABLA OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y ACTUACIONES. ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015 - 2020</div>  </div>																
Nº OBL.	Nº ACT.	Líneas estratégicas, Objetivos y Actuaciones	Unidad Directiva Responsable	Unidad Directiva colaboradora	ene-15	2-2015	1-2016	2-2016	1-2017	2-2017	1-2018	2-2018	1-2019	2-2019	1-2020	2-2020
		7.2. Urgencias y emergencias	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria	SG de Calidad Asistencial												
28		Objetivo Estratégico 7.2.1: Mejorar la seguridad en urgencias y emergencias														
1.1	79	7.2.1.1. Constituir un grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (p. ej. mapas de riesgos en urgencias).	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X									
1.2	80	7.2.1.2. Establecer y monitorizar un listado de indicadores sobre seguridad del paciente en urgencias y emergencias	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X							
1.3	81	7.2.1.3. Elaborar información específica sobre seguridad del paciente para la acogida en urgencias y emergencias	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X							
1.4	82	7.2.1.4. Elaborar recomendaciones para el abordaje estandarizado de las patologías más prevalentes en la Comunidad de Madrid.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X							
29		Objetivo Estratégico 7.2.2: Mejorar la identificación del paciente en urgencias y emergencias														
2.1	83	7.2.2.1. Estudiar los sistemas de identificación en emergencias y desarrollar recomendaciones sobre su utilización.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X	X						
2.2	84	7.2.2.2. Establecer recomendaciones para la correcta identificación de los pacientes, en el primer contacto, en la transferencia y antes de cualquier intervención.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X								
2.3	85	7.2.2.3. Elaborar instrucciones para las situaciones de incidentes con Múltiples Víctimas normalizadas para todos los Servicios de Urgencias.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X							
30		Objetivo Estratégico 7.2.3: Mejorar la información y su comunicación en la transferencia de pacientes en urgencias y emergencias														
3.1	86	7.2.3.1. Establecer y desplegar recomendaciones para la transferencia de pacientes entre turnos, servicios y niveles asistenciales.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria						X	X	X	X	X	X	X	X
3.2	87	7.2.3.2. Promover la realización de reuniones tipo briefing y debriefing.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X	X	X	X				
3.3	88	7.2.3.3. Elaborar recomendaciones sobre la utilización de abreviaturas, siglas y símbolos no farmacológicos.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X			X				
3.4	89	7.2.3.4. Difundir documento estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción de medicamentos en la Comunidad de Madrid.	SG de Farmacia y Productos Sanitarios		X	X	X	X	X	X	X	X				
3.5	90	7.2.3.5. Desarrollar recomendaciones sobre la cumplimentación de los informes de alta de urgencias.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X								
31		Objetivo Estratégico 7.2.4: Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas														
4.1	91	7.2.4.1. Revisar los sistemas de clasificación de pacientes ("traje") elaborando recomendaciones para su mejora.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X							
4.2	92	7.2.4.2. Promover formación de profesionales en prevención y control de infecciones, higiene de manos, aislamiento de pacientes y uso racional de antibióticos.	SG de Epidemiología	SG de Formación y Acreditación Docente Sanitarias		X	X									
4.3	93	7.2.4.3. Elaborar y difundir material informativo sobre la actuación en las patologías infecciosas que se atienden con mayor frecuencia.	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X	X							
4.4	94	7.2.4.4. Desarrollar y difundir información sobre los perfiles de los efectos adversos más frecuentes, contraindicaciones, precauciones e interacciones de los medicamentos más frecuentemente utilizados.	SG de Farmacia y Productos Sanitarios									X	X	X		
4.5	95	7.2.4.5. Implantar criterios STOP y START en la urgencia en pacientes mayores de 65 aprovechando la oportunidad que brindan las nuevas tecnologías.	SG de Farmacia y Productos Sanitarios				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.6	96	7.2.4.6. Establecer reuniones sistemáticas y/o canales rápidos de comunicación entre servicios de farmacia y servicios de urgencias y emergencias	SG de Farmacia y Productos Sanitarios	Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria				X	X							